

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 81

---

DE LA

# DILATATION BIDIGITALE

*par double Invagination*

DANS LES RETRÉCISSEMENTS DU PYLORE ET DE L'INTESTIN

(Opération de M. JABOULAY)

ET DES MÉTHODES ANCIENNES ANALOGUES

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 Janvier 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Jules GÉNÉVRIER**

Né le 3 juin 1876, à Cluny (Saône-et-Loire)

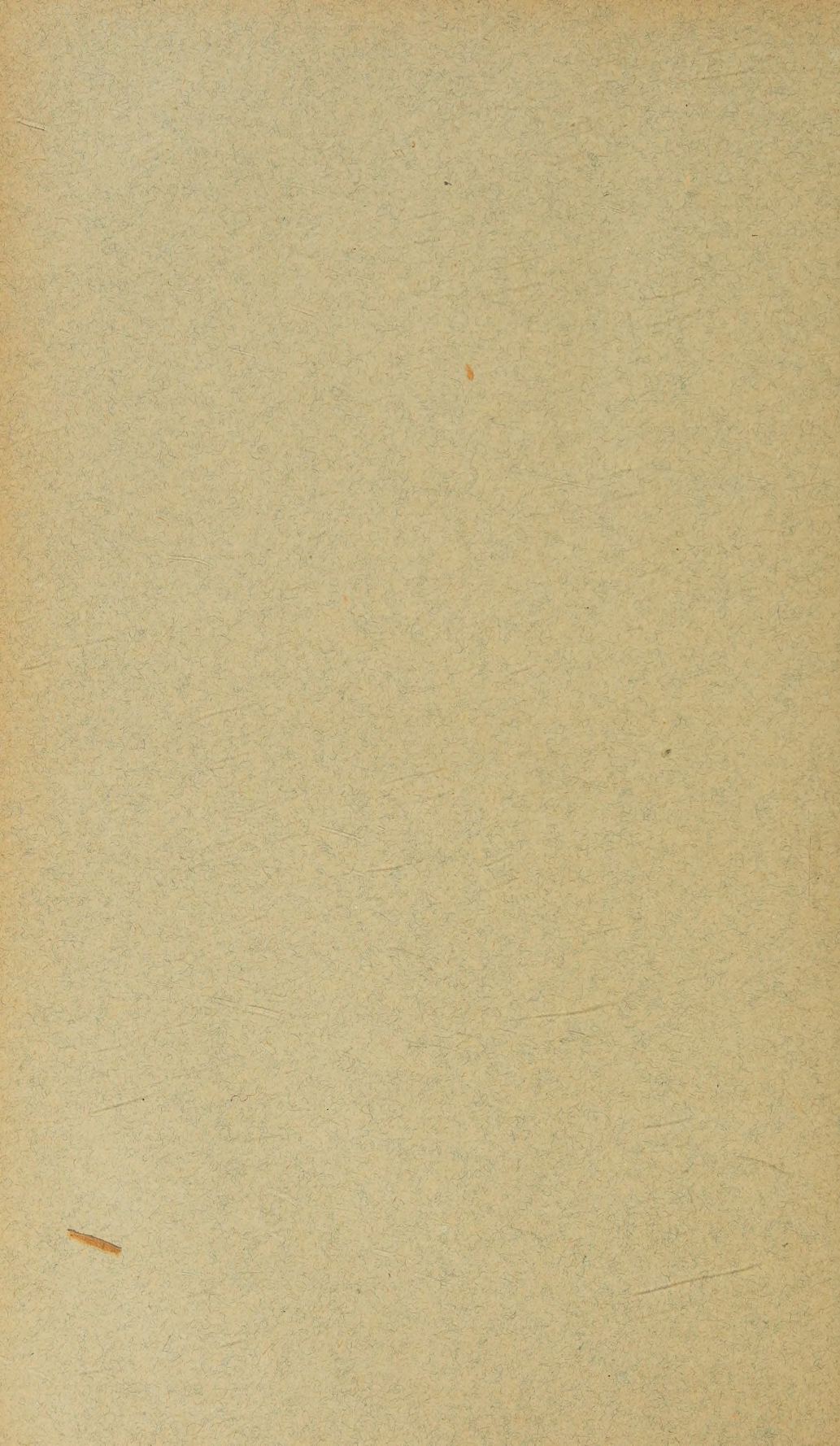
ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

—  
Janvier 1899



DE LA  
Dilatation bidigitale par double Invagination

DANS LES

**Retrécissements du pylore et de l'intestin**

(Opération de M. JABOULAY)

ET DES MÉTHODES ANCIENNES ANALOGUES



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 81

---

DE LA

# DILATATION BIDIGITALE

*par double Invagination*

DANS LES RETRÉCISSEMENTS DU PYLORE ET DE L'INTESTIN

(Opération de M. JABOULAY)

ET DES MÉTHODES ANCIENNES ANALOGUES

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 Janvier 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Jules GÉNÉVRIER**

Né le 3 juin 1876, à Cluny (Saône-et-Loire)

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

ACAD.  
LIBR. BAT.  
BIBL.

LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

Janvier 1899

# PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET..... DOYEN.  
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES  
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

## PROFESSEURS

|                                                      |   |                        |
|------------------------------------------------------|---|------------------------|
| Cliniques médicales.....                             | { | MM. LÉPINE.<br>BONDET. |
| Cliniques chirurgicales .....                        | { | OLLIER.<br>PONCET.     |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....          |   | FOCHIER.               |
| Clinique ophtalmologique.....                        |   | GAYET.                 |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... |   | GAILLETON.             |
| Clinique des maladies mentales.....                  |   | PIERRET.               |
| Physique médicale.....                               |   | MONOYER.               |
| Chimie médicale et pharmaceutique.....               |   | HUGOUNENQ.             |
| Chimie organique et Toxicologie.....                 |   | CAZENEUVE.             |
| Matière médicale et Botanique.....                   |   | FLORENCE.              |
| Zoologie et Anatomie comparée.....                   |   | LORTET.                |
| Anatomie.....                                        |   | TESTUT.                |
| Anatomie générale et Histologie.....                 |   | RENAUT.                |
| Physiologie.....                                     |   | MORAT.                 |
| Pathologie interne.....                              |   | TEISSIER.              |
| Pathologie externe.....                              |   | AUGAGNEUR.             |
| Pathologie et Thérapeutique générales.....           |   | MAYET.                 |
| Anatomie pathologique.....                           |   | TRIPPIER.              |
| Médecine opératoire.....                             |   | POLLOSSON (Maurice).   |
| Médecine expérimentale et comparée.....              |   | ARLOING.               |
| Médecine légale.....                                 |   | LACASSAGNE.            |
| Hygiène.....                                         |   | BARD.                  |
| Thérapeutique.....                                   |   | SOULIER.               |
| Pharmacie.....                                       |   | CROLAS.                |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                  |                  |        |
|--------------------------------------------------|------------------|--------|
| Clinique des Maladies des Enfants.....           | MM. WEILL.       | agrégé |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx ..... | LANNOIS          | —      |
| Accouchements.....                               | POLLOSSON (Aug.) | —      |
| Botanique.....                                   | BEAUVISAGE       | —      |

## AGRÉGÉS

|                  |         |         |                 |
|------------------|---------|---------|-----------------|
| MM.              | MM.     | MM.     | MM.             |
| BEAUVISAGE.      | ROLLET. | DURAND. | PAVIOT.         |
| CONDAMIN.        | ROUX.   | DOYON.  | NOVÉ-JOSSERAND. |
| COURMONT         | COLLET. | BARRAL. | BÉRARD.         |
| DEVIC.           | BOYER.  | MOREAU. | BORDIER.        |
| POLLOSSON (Aug.) | VALLAS. | PIC.    | SAMBUC.         |
| ROCHET.          | SIRAUD. |         |                 |

M. BEAUDUN, Secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (M.), Président ; ROUX, Assesseur  
MM. VALLAS et SIRAUD, Agrégés

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

DE LA  
**DILATATION BIDIGITALE PAR DOUBLE INVAGINATION**

DANS LES

**Retrécissements du pylore et de l'intestin**

(Opération de M. JABOULAY)

**ET DES MÉTHODES ANCIENNES ANALOGUES**

---

**INTRODUCTION ET HISTORIQUE**

---

L'imperméabilité du pylore domine les indications opératoires de la chirurgie stomacale. Les opérations s'adressant au corps même de l'organe sont rares et discutables. C'est sur ce col gastro-duodenal, lieu de passage et sphincter de clôture, que se concentre l'intérêt chirurgical. Quel que soit son mode d'obstruction, et ils sont nombreux et fréquents, le pylore, par les troubles de circulation des matières qu'il entraîne, joue en thérapeutique comme en pathogénie le rôle prééminent. Aussi est-ce pour forcer ou contourner cet obstacle que se sont dirigés tous les efforts des chirurgiens. Et cependant la chirurgie de l'estomac est née d'hier. Auparavant on abandonnait à leur misérable sort et on laissait mourir de faim et de soif les malheureux qui avaient une sténose pylorique et que ne parvenait pas à soulager la thérapeutique médicale : long et incessant supplice qui se terminait fatalement par une mort trop lente à venir pour ces patients, qui, quoique réduits à l'état de squelettes, avaient cepen-

dant conservé l'intégrité parfaite de leurs facultés intellectuelles.

Péan inaugure une ère d'avenir en faisant avec insuccès une pylorectomie pour un cancer pylorique. Depuis, les procédés se succèdent. En 1881, Wœlf-  
fler, alors assistant de Billroth, en présence d'un néoplasme pylorique trop étendu pour être enlevé, établit sur les conseils de Nicoladoni une communication entre l'estomac et l'intestin et crée ainsi la méthode générale des anastomoses, qui réunit maintenant les suffrages de tous les chirurgiens et que chacun s'est ingénié à perfectionner. En 1882, Czerny fait avec succès l'excision elliptique et la réunion transversale du pylore sténosé, véritable pyloroplastie, opération que pratiquent en 1885 et 1887 Heinecke et Mickulicz et qu'ils érigent aussi en méthode générale, quoique ayant des indications plus restreintes. Dès 1878, Surmay propose l'entérostomie qui ne fut pratiquée que deux ans après par Langenbuch, puis en 1884 et 1885 par Southam et Robertson, opération qui ne donna que des mécomptes et qui est aujourd'hui abandonnée. Il faut citer pour être complet l'opération de Bernay qui en 1887 pratique, pour le cancer de l'estomac, après gastrotomie, le curettage des masses cancéreuses obstruant le pylore.

Mais, parallèlement à ces deux grandes méthodes générales d'anastomose et de pyloroplastie, s'en constituait une autre qui avait pour but la dilatation de l'orifice sténosé. C'est cette méthode que nous allons exposer dans notre travail. Trouvée en 1882 par Loreta qui l'appliqua exclusivement aux rétrécissements non

malins, perfectionnée et étendue aux sténoses cancéreuses en 1885 par Hahn, qui abandonne de lui-même son procédé, Daniel Mollière et Lane en font des variantes, malheureuses du reste. Enfin M. Jaboulay, trouve, expose et pratique son procédé de dilatation bi-digitale par double invagination, qui semble être le perfectionnement ultime et le couronnement de cette méthode.

Il fait sa première opération en juin 1893 et publie à ce sujet deux articles dans le *Lyon Médical* (25 octobre 1896 et 19 décembre 1897). Il nous permet alors d'en faire le sujet de notre thèse.

Nous étudierons dans le chapitre I les procédés de dilatation après ouverture de l'estomac et les expérimentations faites ainsi, puis dans le chapitre II, ceux dans lesquels on respecte le viscère (opérations de Hahn et Jaboulay) et deux exemples de la généralisation possible de la méthode de M. Jaboulay aux diverses sténoses de l'intestin.

Monsieur le Professeur Maurice Pollosson nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous l'en remercions respectueusement.

Stagiaire assidu de M. Jaboulay, nous ne saurions trop admirer les brillantes qualités de ce maître éminent de la chirurgie moderne : la rapidité et la sûreté du diagnostic, le brio opératoire et l'audace chirurgicale, s'appuyant sur des connaissances approfondies, cherchant incessamment à étendre à l'infini son champ d'action au delà des bornes fixées par le vulgaire, toujours victorieux de la maladie ou lui disputant pied à pied sans perdre courage sinon la guérison définitive,

du moins la survie et le bien être physique et moral de ses malades. Il a bien voulu nous confier l'exposition de sa méthode, nous en facilitant la tâche avec une amabilité sans égale : nous lui en serons éternellement reconnaissant.

Monsieur le Docteur Bouveret nous a toujours émerveillé et charmé par ses savantes leçons au lit du malade ; nous sommes heureux et fier d'avoir été son élève et nous lui en témoignons ici toute notre gratitude.

Monsieur le Professeur agrégé Siraud nous a toujours témoigné une grande bienveillance ; nous l'en remercions sincèrement, et aussi d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

Nous remercions aussi de leurs bonnes leçons cliniques données à Desgenettes, Messieurs les Professeurs agrégés du Val de Grâce, Ferrier et Sieur, et Monsieur le Médecin-Major Benoit, répétiteur.

## CHAPITRE PREMIER

### DE LA DILATATION DU PYLORE APRÈS OUVERTURE DE L'ESTOMAC

#### Dilatation ou calibrage du pylore après gastrostomie

On a bien rarement employé cette méthode. Il n'y en a que quatre observations que nous allons détailler.

Hahn en présente en 1883 et 1885 deux cas. Dans l'un, sténose non cancéreuse, il fait une gastrostomie en un seul temps, puis un calibrage du pylore avec une sonde par laquelle il alimente le malade. Mort trois semaines après. Dans l'autre, cancer avancé propagé aux ganglions, il établit une fistule stomacale par laquelle il dilate l'orifice rétréci, puis nourrit la malade en portant des aliments liquides dans le duodenum à l'aide d'une sonde. Mort quelques semaines après. Le troisième cas, en 1886, appartient à Daniel Mollière, il s'agissait d'un cancer limité du pylore non ulcéré, où l'on fit une gastrostomie et la dilatation digitale du pylore rétréci. Puis par intervalles on faisait des calibrages et dilatations du pylore, en même

temps qu'on introduisait les aliments dans le duodenum et qu'on lavait fréquemment l'estomac. Mort par épuisement, 18 jours après l'opération. Le quatrième cas est une sténose survenue à la suite d'ingestion d'acide chlorhydrique. Gastrostomie en deux temps à 48 heures d'intervalle par Lane en 1891. Passage d'une sonde à travers le pylore et alimentation duodénale. Mort 3 jours après l'ouverture de l'estomac.

Pour ces 4 opérés, la survie a varié de 3 jours à quelques semaines : c'est-à-dire que le résultat a toujours été défavorable.

Les auteurs ont cité comme avantages de cette méthode : la facilité que l'on a de surveiller les progrès de la sténose et de répéter la dilatation, (mais c'est renouveler les souffrances du malade et le rendre impotent et infirme); la suppression des vomissements, et aussi d'un foyer de fermentation, véritable infection pour l'organisme (mais, si on ne recherche que cette indication, les lavages de l'estomac y suffisent largement); l'alimentation duodénale possible (mais on met ainsi le malade dans des conditions déplorables; les aliments non modifiés irritent l'intestin et ne sont pas absorbés. Ce qui le montre bien, c'est qu'aucun malade n'est mort de shock opératoire, mais tous d'épuisement et de cachexie, faute d'une absorption alimentaire suffisante. L'on est dans les mêmes conditions que dans la duodénostomie ou la jéjunostomie; or aucune de ces opérations n'a été suivie de succès et toutes ont amené la mort à bref délai.)

**Dilatation digitale ou instrumentale du pylore après gastrotomie dans le cas de sténoses non malignes (opération de Loreta) et expériences qui s'y rapportent.**

Ce procédé opératoire fut découvert en 1882 par Loreta, à un moment où l'on ne connaissait guère que la pylorectomie, qui venait d'être créée, et où la gastro-entérostomie trouvée pourtant un an avant, n'était ni connue ni pratiquée. Mise en parallèle avec la résection du pylore elle lui était évidemment bien supérieure, surtout si l'on considérait les résultats opératoires. Aussi eut-elle un moment de vogue, parmi les chirurgiens Italiens, Américains et Anglais. Elle est bien délaissée aujourd'hui, quoique ayant fourni de beaux et durables succès dans des cas désespérés.

Nous allons étudier en détail les différents temps de cette opération.

Auparavant, on vide l'estomac de son contenu, on le lave à l'eau boricuée tiède, jusqu'à ce que cette dernière ressorte claire et dépourvue de débris alimentaires et on vide une dernière fois.

On a employé pour les parois abdominales bien des incisions différentes. Loreta dans un cas rapporté par Codivilla en 1888 a fait une incision sur le côté droit parallèle à la ligne blanche. Gardner en 1889, pour une petite tumeur pylorique sentie un peu à droite et au dessus de l'ombilic, fait une incision transversale suivant le procédé employé par Billroth pour la pylorectomie. P. Swain en 1892 fait pour un estomac

abaissé au dessous de l'ombilic une incision de 3 pouces de long sur la ligne semi-lunaire gauche entre le pubis et l'ombilic. Loreta jusqu'à sa 5<sup>e</sup> opération et les premiers opérateurs ont employé une incision oblique droite, de 15 cm. de long, partant un peu à droite de la ligne blanche, se dirigeant ensuite en bas et en dehors en suivant le bord des côtes droit, l'extrémité supérieure étant à 4 cm. au dessous de l'appendice xiphoïde, l'extrémité inférieure et externe à 3 centimètres du cartilage de la 9<sup>e</sup> côte. Cette incision traverse une assez grande épaisseur de muscles, les obliques, le transverse et une partie du grand droit. Mais c'est l'incision médiane qui est de beaucoup la plus employée et aussi la plus avantageuse. On la fait en général se terminer à l'ombilic. Mais il ne doit y avoir pour les incisions d'autre règle que la commodité de la découverte du pylore et de l'estomac, et si le viscère est déplacé on doit de même changer son incision comme l'ont fait les opérateurs.

On reconnaît ensuite le pylore et l'estomac et l'on déchire les adhérences, s'il y en a. Il est rare en effet que l'on n'en rencontre pas, ligottant le pylore et même l'estomac tout entier, quelquefois masquant complètement le champ opératoire. La déchirure de ces adhérences rentre dans le manuel opératoire de toute dilatation du pylore. Elles sont souvent une des causes principales de l'obstruction pylorique et toujours une cause de dyspepsie et de mauvais fonctionnement de l'estomac, qui, enchaîné ne peut se contracter ni se déplacer à son aise. On sait en effet que normalement, l'estomac se remplissant, le pylore s'abaisse et se dé-

place vers la droite, de manière à ce que le viscère reste toujours sensiblement vertical. Si le pylore est fixé, ce double mouvement ne peut se produire. L'estomac se bombe, et prend la forme d'un U. La stase des aliments est ainsi favorisée, et cet état ne fait que s'accroître dans la suite. On ne court du reste, en déchirant ces adhérences, aucun danger sérieux. Loreta dit même qu'il est inutile de ligaturer et que ces hémorragies intrapéritonéales ne sont dangereuses, ni par la quantité de sang répandu ni par la présence de ce sang dans le péritoine. Cela, il le conclut de diverses expériences faites sur les animaux. Ceux-ci accusent seulement, peu de temps après l'opération, une vive douleur et de la faiblesse du pouls. Il en a été de même dans deux cas opératoires, un d'échinocoque péritonéal, l'autre d'opération de Loreta <sup>(1)</sup>, dans lequel il avait trouvé des adhérences étroites fixant le pylore et la petite courbure au foie. Un premier essai de dilacération fut arrêté par une hémorrhagie assez considérable. Il ouvrit alors l'estomac, dilata le pylore, puis termina par une libération complète du pylore et de l'estomac, et ferma l'abdomen malgré que les adhérences déchirées aient continué à saigner. La malade présenta seulement une vive douleur épigastrique qui persista pendant plusieurs jours et des phénomènes de shock péritonéal (pâleur, refroidissement des extrémités, hypothermie (36°), pouls rapide (95), respiration superficielle, hoquets), tous symptômes qui disparurent assez rapidement. Du reste dans aucun cas de dilatation, on n'a vu d'accident inquiétant survenir de ce chef.

(1) A. Codivilla. — *Gazzetta d'Ospiti* - 1888, p. 594.

L'incision stomacale se fait en général à trois centimètres du pylore, mais sa position varie avec les opérateurs. La plupart, Loreta entre autres, la placent à égale distance entre les deux courbures, invoquant cette raison que, si les vaisseaux y sont plus nombreux, ils y sont plus petits. On l'a encore placée, les uns sur la petite courbure, les autres sur la grande. Cela n'a du reste aucune importance. Dans une ou deux observations seulement on note une hémorrhagie notable, vite arrêtée du reste par la forcipressure. Loreta employait à cet effet des pinces en T.

Les procédés de dilatation du pylore sont très variables. Dans plus des deux tiers des cas, l'orifice laisse pénétrer la pulpe d'un doigt, du petit doigt au moins, et l'on peut commencer par ce dernier la dilatation. Elle est presque toujours terminée bidigitalement, ordinairement par les deux index qui sont plus ou moins écartés, quelquefois par l'index et le médius droits. Une seule fois dans une récurrence, Loreta, craignant de n'avoir pas assez de force avec les doigts, termina par l'emploi du dilatateur de Dupuytren. Ailleurs ou quand l'orifice était trop petit, on commença par l'emploi d'instruments variés que nous ne faisons qu'énumérer : bougie ou sonde urétrale (Loreta), œsophagienne (Bull), rectale (Bull) ; pince à pansement (Hagyard) ; dilatateur urétral féminin (Hagyard), du col utérin (Barton), à gants (O'Hara).

Le degré de la dilatation auquel on s'arrête est très variable suivant l'effet que l'on veut et que l'on peut obtenir. Il est certain que lorsqu'on est en présence d'un processus de sténose évolutif, l'on doit dilater à l'ex-

trême. Une grande dilatation ne paraît du reste pas être jamais un inconvénient, car elle se réduit toujours beaucoup. La plupart du temps, on dilate jusqu'à ce qu'on puisse introduire deux doigts. Quelquefois on ne peut engager qu'un doigt, jouant très librement il est vrai. Mais on a pu dilater bien davantage sans déchirure. Loreta a atteint souvent un diamètre de 6 centimètres. Dans ses deux premières opérations il a dilaté avec ses deux index jusqu'à ce que leurs faces palmaires soient distantes de 8 centimètres. Enfin Mac Burney dans un cas d'estomac en sablier et en U a séparé ses deux doigts de 8 centimètres. C'est la plus grande dilatation obtenue.

La plaie stomacale est ordinairement réunie à la soie fine par une double suture, continue pour la muqueuse, de Lembert pour la séreuse. Plusieurs ont employé une simple suture de Lembert. La plaie des parois est réunie par des sutures entrecoupées multiples.

La durée de l'opération a été très variable. Loreta mettait de 30 à 50 minutes, les autres chirurgiens de 1 heure 3' à 2 heures 10', en moyenne 1 heure 20'.

Avant d'étudier les résultats de l'opération sur le pylore malade, nous allons rapporter ici les conclusions d'une série d'expériences que Poggi et Ceccherelli firent sur le chien pour étudier l'action de la dilatation sur le pylore sain. Ces animaux ont été sacrifiés de un jour à 8 mois après l'opération.

« Le stroma de la divulsion ne détermine pas de solution de continuité des tissus, seulement une hémorrhagie puncti-

forme dans le tissu connectif sous-muqueux et inter-musculaire. Le sang extravasé se résorbe rapidement. La réaction inflammatoire qui suit est très légère ; il n'y a point d'exsudats assez abondants pour produire de la tuméfaction. Le sphincter du pylore reste inerte, incapable de se contracter seul pendant quelques jours ; la contractilité revient graduellement avec la fonction physiologique en sorte que l'orifice tend à reprendre les dimensions normales. La divulsion ne laisse aucune conséquence éloignée fâcheuse. Il ne se forme point de tissu fibreux rétractile et l'organe revient à l'état normal. Enfin la fibre musculaire lisse subit une lésion immédiate du fait de la distension, par laquelle elle s'altère dans sa forme, ses contours, sa constitution anatomique. Mais beaucoup de fibres restent intactes et par prolifération reproduisent presque complètement le muscle. »

Ces expériences démontrent nettement, sans qu'il soit nécessaire d'insister, l'utilité et l'innocuité de l'opération de Loreta sur le pylore sain. En sera-t-il de même sur le pylore pathologique ?

Nous avons recueilli toutes les observations publiées d'opération de Loreta, 65 en tout. Loreta en a pour son compte la moitié, 33. Sur ces 65 opérations, on compte 47 succès permanents (72,3 %), 4 récidives (6,1 %) et 14 morts (21,4 %) dont 5 produites directement (7,6 %) et 9 autres (13,8 %) indirectement par la dilatation.

C'est surtout sur le chapitre des récidives que l'on dénigre à tort l'opération de Loreta. Roux dit plaisamment à ce sujet : « L'opération de Loreta est irrationnelle comme toutes les dilatations qu'on ne peut surveiller » et plus loin : « Comme les dilatés de l'urè-

thre et de l'œsophage, il faudrait que les malades veuillent bien prendre un abonnement. » Sur ces quatre récidives, trois se sont produites au bout de 2 à 5 semaines. Deux d'entre elles opérées une seconde fois ont obtenu une guérison permanente. La quatrième peut à peine être nommée récidive, car elle ne s'est produite qu'au bout de deux ans. Taylor fit alors une gastro-entérostomie postérieure. Il s'agissait d'un rétrécissement tubulaire, long, inflammatoire, dû à l'ingestion trop hâtive des aliments mal mastiqués et qui avait récidivé sous l'influence des mêmes causes. La récidive quand on a fait une large dilatation et que les mêmes causes qui avaient produit le rétrécissement n'existent plus, n'est donc qu'une très minime exception.

Quant aux accidents causés directement par la dilatation, ils sont peu nombreux, cinq cas de mort, trois par hémorrhagie, deux par péritonite. Dans le premier cas, la mort par hémorrhagie survint six heures après l'opération (Mac Burney avait poussé péniblement la dilatation jusqu'à huit centimètres et il avait remarqué mais négligé une petite déchirure de la muqueuse pylorique avec un peu de sang noir mais sans vaisseau ouvert); dans le deuxième cas (Loreta), mort le 10<sup>e</sup> jour d'hémorrhagie dont il ne précise pas la source. Le troisième (Paul) était une sténose cicatricielle très dure et résistante qu'on dilata difficilement. On sentit une rupture de la paroi inférieure. Le malade se rétablit suffisamment pour se lever et sortir, puis sept semaines après l'opération, eut une hématomèse mortelle. On trouva à l'autopsie, au fond de

la déchirure, l'artère gastro-duodénale ouverte par une ulcération. Dans un cas (Loreta), la mort par péritonite eut lieu par suite d'une petite déchirure produite par la dilatation et que l'on n'avait pas vue. Dans l'autre (Swain), on avait affaire à une cicatrice d'ulcère ayant amené une sténose pylorique et une biloculation de l'estomac. On dilata péniblement jusqu'à introduire trois doigts et à ce moment on sentit une rupture. Le malade, ramené dans son lit, tombe dans le collapsus et meurt. A l'autopsie, on trouve une déchirure complète de la paroi postérieure du pylore et une infiltration de gaz et de sang dans le tissu sous-péritonéal. On voit donc que plusieurs de ces accidents sont dus à l'incurie des opérateurs.

Parmi les autres morts non imputables directement à la dilatation, on trouve sur les neuf cas, cinq morts dues au shock ou à l'épuisement, dans un laps de temps variant de quelques heures à plusieurs jours; une mort par hémorrhagie provenant de la plaie stomacale (Loreta); une mort par tétanos, le cinquième jour (Loreta); une par suppression d'urine (Mac Burney trouva à l'autopsie une néphrite chronique double avec reins scléreux et kystiques et une phtisie avancée aux deux poumons); enfin la dernière par broncho-pneumonie double survint six jours après (Percival). Pendant l'opération, anesthésie à l'éther qui est mal supporté, puis au chloroforme.

## CHAPITRE II

### DILATATION DIGITALE PAR INVAGINATION

#### Sténoses pyloriques

A un moment où Hahn ne connaissait que la résection du pylore comme traitement des sténoses cancéreuses et autres, et où il déclarait ignorer l'existence de l'opération de Loreta et de la gastro-entérostomie, il perfectionne la méthode de dilatation et publie en 1885 une observation de sténose cancéreuse du pylore dilatée par invagination unidigitale stomacale. La malade n'obtint qu'une guérison momentanée, et, n'ayant aucune confiance en son procédé, il l'abandonna. En 1898 seulement, le chirurgien anglais Paul reprit cette méthode et obtint la guérison durable de deux sténoses pyloriques non malignes.

Enfin M. Jaboulay pratiqua en juin 1893, avec plein succès, pour une sténose cancéreuse, sa première opération de dilatation bidigitale par invagination.

Le manuel opératoire est d'une simplicité remarquable. Incision médiane commençant à quelques centimètres de l'appendice xiphoïde et se terminant

généralement, à moins d'estomac fortement abaissé, à l'ombilic. Cette incision présente sur les autres les avantages suivants : commodité, tracé tout indiqué, perte de sang minima, grande rapidité (un coup de bistouri pour la peau et un autre pour le péritoine, préalablement ponctionné, sur le doigt servant de sonde cannelée) et possibilité d'une suture en un seul plan. On reconnaît alors le pylore et la nature de la sténose ; on détruit les adhérences, s'il y en a. Puis sans avoir besoin de tirer sur le viscère pour l'extraire de la cavité abdominale, on refoule avec l'index droit les tuniques stomacales, avec le gauche, les duodénales, et on dilate doucement, progressivement, sans déchirure, le pylore sténosé, jusqu'à ce que les deux index, coiffés des parois invaginées comme d'un gant, ayant trouvé sans peine et forcé les deux extrémités du canal pylorique, se soient rejoints, puis même au besoin croisés et écartés jusqu'à obtenir le calibre voulu. On peut aussi, s'il est nécessaire, introduire de chaque côté deux ou plusieurs doigts. Il ne reste plus qu'à suturer la paroi abdominale ; M. Jaboulay fait une suture entrecoupée prenant toute l'épaisseur des tissus, y compris le péritoine. Ce procédé très rapide de suture en un seul plan, a été employé avec plein succès dans tous les cas et a donné une cicatrice solide.

Les avantages de cette méthode sur celle de Loreta et de Hahn sont indéniables. On était frappé de la nécessité qu'il y avait dans les autres procédés de fixer d'une main le pylore qu'on repoussait de l'autre en le dilatant, tandis que dans celui-ci, les deux doigts, agissant chacun de leur côté, contrebalançaient tout

naturellement leurs efforts. La dilatation est aussi plus facile, car le pylore hypertrophié et sténosé n'a plus un seul orifice, mais deux avec un véritable canal intermédiaire et le procédé unidigital faisait une dilatation en cônes s'évasant du côté de l'estomac. De plus on trouve facilement les deux orifices d'entrée et de sortie sans avoir besoin de les chercher péniblement, comme cela était souvent nécessaire dans l'opération de Loreta. Sur cette dernière il y a l'avantage immense de ne pas ouvrir l'estomac et de pouvoir opérer sans avoir besoin de le laver ni de le vider. Cette opération a encore pour elle la rapidité (durée 6 à 10 minutes), ce qui n'est point à dédaigner quand on opère des cachectiques. Elle présente une simplicité remarquable et est à la portée de tous les chirurgiens. Aucune autre ne permet une alimentation aussi précoce. Les opérés prenaient en général les deux ou trois premiers jours des aliments liquides et pouvaient, le quatrième, prendre des aliments solides. La première opération nous montre ce fait étonnant d'un opéré mangeant avec bon appétit un gros beefsteak le surlendemain de l'opération et se hâtant de sortir de l'hôpital, aussitôt la plaie cicatrisée. Cela se comprend, étant donné que les voies naturelles sont rendues perméables sans création d'aucune plaie opératoire. Malheureusement, comme tous les procédés de dilatation, elle n'est pas toujours possible et exécutable, du moins sans dangers. Excellente opération quand elle peut être faite aisément, elle doit être rejetée quand elle présente pour son exécution de trop grandes difficultés.

Nous allons étudier les résultats et les indications

de la dilatation bidigitale dans les diverses espèces de sténose pylorique.

L'étroitesse congénitale du pylore par suite d'un arrêt de développement amène rapidement la mort si la sténose est complète. Le plus souvent le pylore est perméable, mais insuffisamment. Les malades sont alors voués à des troubles digestifs d'autant plus graves que la dyspepsie, conséquence naturelle de la sténose, réagit sur le pylore pour en provoquer le spasme et la contracture ; d'où, aggravation des accidents primitifs. De plus ces troubles digestifs survenant dans le bas âge gênent et diminuent le développement de l'individu. Nous n'avons aucune observation de dilatation se rapportant à ces cas ; mais nous croyons que l'opération de M. Jaboulay est ici la méthode de choix et qu'elle suffirait pour faire disparaître tous les accidents de rétention et l'irritation stomacale consécutive. La sténose est en effet incomplète et le pylore étant souple, la dilatation serait facile.

Il en est de même dans les cas d'obstruction par pression externe (tumeurs, adhérences, coudure, bandes cicatricielles). Ce qui agit, c'est d'une part la laparotomie, avec destruction des adhérences, section des bandes, détournement de la tumeur et d'autre part la dilatation, qui est toujours dans ces cas relativement facile.

Le spasme pylorique est à ce point fréquent que Doyen a pu dire avec raison « qu'il dominait toute la pathologie de l'estomac ». On le trouve un peu partout, dans l'insuffisance congénitale, dont nous avons parlé, dans la grossesse, la dyspepsie chronique, l'hy-

perchlorhydrie, l'hypersécrétion, l'ulcère stomacal, dans la moindre exulcération, surtout si elle est juxta-pylorique, enfin même dans le cancer, ainsi que le montre l'observation IX. Ce spasme pylorique, survenant sous la moindre influence, produit la stase alimentaire et la distension stomacale d'abord momentanée, puis peu à peu, si l'on n'y remédie pas, permanente, avec des crises douloureuses violentes et intolérables ; d'où, un cercle vicieux, les deux ordres de phénomènes s'exaspérant l'un l'autre. Robin fait de la contracture du pylore la cause principale des souffrances des hyperchlorhydriques. Les professeurs Carle, de Turin, et Novaro, de Bologne ont eu fréquemment à opérer des spasmes pyloriques avec rétrécissement léger, chez des gens qui faisaient des excès de nourriture et qui mangeaient toutes sortes d'aliments grossiers. Il n'y avait pas à proprement parler sténose, mais stagnation alimentaire, par suite du spasme, et la pyloroplastie les guérissait radicalement. Du reste, comme le fait remarquer Doyen, la contracture n'est souvent que le premier stade du rétrécissement vrai.

La dilatation digitale rétablit dans ces cas les fonctions normales en réduisant à l'inertie le sphincter forcé et en supprimant la stase gastrique ; d'où, rupture du cercle vicieux dont nous avons parlé. Plusieurs opérations de Loreta ont donné dans ces cas de bons résultats. L'opération de M. Jaboulay les donnerait aussi bien sans ouverture du viscère, et cela semble inconséquent de faire une autre opération plus grave qui ne donnerait rien de plus.

La sténose fibreuse, qu'elle soit cicatricielle et con-

sécutive à un ulcère ou hypertrophique, étant la conséquence de gastrite chronique par suite d'une mastication incomplète ou de l'ingestion de nourriture trop copieuse et trop grossière, est des plus fréquentes. Elle offre quelquefois peu de prise à la dilatation et l'on peut voir, dans plusieurs opérations de Loreta, qu'elle a donné beaucoup de mal aux opérateurs. Mais la dilatation est le plus souvent possible et il ne manque pas de cas de la même opération où le calibre pylorique qui était primitivement de quelques millimètres a été agrandi jusqu'à 6, 8 et même 9 centimètres, sans la moindre déchirure. Du reste, si, comme il est à souhaiter, on opère les malades dès les premiers signes évidents de sténose, on en viendra plus facilement à bout, et si on pousse la dilatation assez loin, on ne craindra pas la récurrence. Nous ne possédons que 3 observations de sténose fibreuse, toutes opérées avec succès, deux par le chirurgien anglais Paul, (dilatation unidigitale), et une par M. Jaboulay (dilatation bidigitale).

#### OBSERVATIONS I et II (Résumées)

F. T. Paul, Brit. Med. Journ., 4 juin 1898, p. 1437

I. — Homme de 21 ans. Sténose pylorique. Douleurs épigastriques. Estomac largement dilaté avec bruits de succussion. On le traite, mais sans succès, par un régime sévère et des lavages de l'estomac. On l'opère le 6 janvier 1896, et on trouve un pylore épais et sténosé, mais non fibreux. Par invagination de la paroi stomacale antérieure, l'index cherchant à pénétrer dans l'orifice pylorique, sent une résistance qui est

graduellement vaincue par une pression continue et ferme, jusqu'à ce que le pylore soit dilaté à l'excès, sans déchirure, par l'introduction de trois doigts. Là se borne l'intervention. Le malade guérit, mais fut atteint de manie, d'où son envoi dans un asile, où il resta 5 mois. Il n'a vu depuis le retour d'aucun trouble gastrique.

II. — P. K., 36 ans, a vomi il y a 2 ans, 4 fois, du sang en petite quantité. Depuis 11 mois, il souffre et a des nausées, sans vomissements. Il cesse peu à peu l'usage des divers aliments, ne vivant que d'un peu de pain et de lait. Perte de poids de 20 kilogs. Traitement médical inefficace. Estomac dilaté. On ouvre l'abdomen le 3 février 1891, et on trouve un rétrécissement fibreux du pylore, que l'on dilate avec l'index, sans ouverture du viscère, par invagination de la paroi stomacale. La sténose cède subitement et les diverses couches de la paroi se rupturent jusque près du péritoine. La plaie alla bien pendant quelques jours, puis s'ouvrit pour laisser échapper un flot de pus par la partie supérieure. Il arriva graduellement au régime alimentaire ordinaire et quitta l'hôpital le 30 mars guéri. Durant les 2 années suivantes, il fut de nouveau admis 2 fois à l'hôpital, se plaignant de l'estomac ; mais comme il mangeait avec appétit le régime ordinaire sans vomir, et que c'était un minus habens, on ne lui fit rien de plus.

### OBSERVATION III (Inédite)

Service de M. Jaboulay

A. B., 40 ans, a présenté dans sa jeunesse des régurgitations acides, qui lui brûlaient le pharynx et de la pesanteur à l'estomac avec de légères douleurs. Le malade s'enrhume facilement. Depuis 4 ans, troubles digestifs, qui vont en s'accroissant, s'accompagnent de douleurs très violentes avec coliques intestinales et sont rarement suivis de vomisse-

ments. Le malade ne vomit que lorsque, pour mettre fin à ses douleurs, il se fait vomir en se mettant les doigts dans la bouche. Il est vrai qu'il a réduit au minimum sa ration alimentaire. Jamais d'hématémèse ni de méléna. Légère tendance à la diarrhée. Maigreur et cachexie extrêmes. Crampes et contractures depuis quelque temps. Signe de Chvostek très accentué. Signe de Trousseau négatif. A chaque percussion d'un nerf superficiel, contraction brusque des muscles innervés. Signes de sténose pylorique ; estomac légèrement dilaté, sonore à la succussion, présentant des ondulations épigastriques. Au dessous on trouve une deuxième poche présentant les mêmes caractères, sonore, clapotante, ondulante, ce qui fait penser à un estomac biloculaire étranglé par une cicatrice d'ulcère.

M. Jaboulay l'opère le 2 novembre 1898. On trouve un estomac dilaté présentant à la partie postérieure du pylore une cicatrice étoilée d'ulcère. Peu d'adhérences. Sténose légère du pylore que l'on dilate bidigitalement. Symphyse gastro-colique. A environ 0,70 centimètres au-dessous du pylore, on trouve une sténose complète de l'intestin, et au-dessus une énorme poche formée par le jejunum dilaté, gros comme deux poings. On fait alors une entéro-anastomose avec le bouton de Murphy pour rétablir le cours des matières. Deuxième rétrécissement peu serré en aval que l'on dilate par double invagination. Les rétrécissements sont d'origine tuberculeuse comme le démontrent les grosses masses ganglionnaires, plus ou moins caséeuses, qui se trouvent dans l'épiploon et la recherche positive des bacilles faite dans les crachats du malade.

Un peu de prostration à la suite de l'opération. Température de 39°, puis normale. Le malade prend dans les jours qui suivent, sans souffrir, du champagne, du lait, du bouillon. Il tousse un peu (suites de bronchite). Le 22, le malade rejette

son bouton avec quelques fils. Il se sent bien, a bon appétit, ne souffre pas et tousse un peu. Il quitte l'hôpital un mois après l'opération, guéri, mangeant avec appétit le régime de la salle. Il a repris des forces et de l'embonpoint. Le 10 janvier il se portait tout à fait bien.

Quelles sont les indications de l'opération de M. Jaboulay dans ces cas ? Si le pylore est entouré d'adhérences multiples et épaisses, s'il forme un bloc fibreux, compact, adhérent aux organes voisins, qu'on ne peut espérer dégager, il faut le laisser intact et recourir immédiatement à la seule opération possible en ce cas, la gastro-entérostomie, car la pyloroplastie a en général les mêmes contre-indications que la dilatation digitale. Si les adhérences sont moins nombreuses, il faut les rompre, rendre au pylore sa liberté et tenter une dilatation digitale. Plusieurs auteurs Podres, Loreta, ont érigé en fait que la dilatation du pylore est dans ce cas la méthode de choix. Très souvent d'ailleurs la simple libération du pylore et de l'estomac des adhérences qui les ligottaient et l'influence de la laparotomie suffisent pour faire disparaître comme par enchantement les accidents antérieurs redoutables qui avaient conduit le malade jusqu'à la cachexie. L'observation suivante, inédite, recueillie dans le service de M. Jaboulay est bien concluante à ce point de vue.

#### OBSERVATION IV (Inédite)

G., guimprière, 33 ans, souffre de l'estomac depuis 5 ans. Régurgitations acides et aigres. La douleur de l'estomac est à peu près continue; elle est térébrante et part de l'appendice

xiphoïde pour aller jusque dans le dos. Cette douleur est exagérée par l'ingestion des aliments. Ceux-ci sont rejetés presque immédiatement. Cet état va s'exaspérant et finalement la malade ne peut supporter quoi que ce soit, pas même le lait et l'eau de Vichy et elle vomit immédiatement tout ce qu'elle prend. Jamais d'hématémèse ni de méloëna. La malade était arrivée à un état de maigreur et de cachexie très avancées, lorsque son médecin l'envoya chez M. Jaboulay qui l'opéra le 6 août 1897.

Laparotomie médiane à la région épigastrique. On trouve une adhérence entre l'extrémité du lobe gauche du foie et la petite courbure de l'estomac. Le foie est venu ainsi boucher l'ulcère et empêcher la perforation. On trouve en plus, partant du même point, une languette séreuse qui va adhérer au péritoine de la paroi antérieure de l'abdomen. Mobilisation des adhérences. Exploration bidigitale du pylore qui n'est pas sténosé. On referme l'abdomen. Le lendemain la malade peut avaler et garder du lait, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. 4 à 5 jours après elle vivait du régime ordinaire de la salle sans vomir ni souffrir. La malade revue 5 mois après, a engraisé d'une dizaine de kilogs. Les vomissements et les souffrances n'ont pas reparu. Elle se déclare complètement guérie et ne revient que pour donner de ses nouvelles.

Si dans le cas dont nous parlions auparavant d'adhérences libérables, la sténose du pylore est presque complète et très résistante, il faut abandonner la dilatation et employer l'anastomose. Avons-nous, produisant la sténose, une simple cicatrice étoilée d'ulcère ou bien une bande cicatricielle annulaire étroite, ce sont là des cas aussi favorables à la dilatation digitale qu'à la pyloroplastie. Quelquefois, en effet, la sténose est bien légère et même n'existe pas, ou bien

n'existe que virtuellement, la lumière pylorique s'effaçant au repos sous l'influence de la retraction cicatricielle et de la dilatation en U de l'estomac. Un simple calibrage du pylore, accompagné s'il le faut de fixation de l'estomac à la paroi, suffit pour guérir les malades. Dans tous les cas du reste la dilatation digitale est précieuse ; car on peut l'employer comme méthode d'attente, préliminaire, palliative, et, comme elle est la seule opération qui, ne créant pas de plaie viscérale, ne forme pas à la suite d'adhérences, on peut toujours après employer au besoin une opération complémentaire, la pylorectomie ou l'anastomose. Le malade qui a pu, après une dilatation, manger, engraisser, reprendre des forces et reconstituer des réserves, peut alors faire les frais d'une opération plus grave et entraînant un shock plus intense.

La sténose cancéreuse nous a fourni presque toutes nos observations. Elle est en effet extraordinairement commune et elle a été jusqu'ici si peu traitée. Laisseée de côté par la chirurgie jusqu'en 1879, traitée alors par la pylorectomie, opération à laquelle succombait plus de la moitié des opérés, sans que les survivants fussent assurés d'être débarrassés à jamais d'une généralisation consécutive, elle bénéficie ensuite largement de la gastro-entérostomie qui est presque exclusivement employée aujourd'hui. On n'a généralement plus qu'un but : celui de pallier pour un temps aux accidents de sténose, et non de guérir définitivement. Malgré cela, nombre de malades encore échappaient à l'action chirurgicale soit que, épuisés par la cachexie cancéreuse et par l'inanition prolongée, ils ne

pussent faire les frais d'une opération importante comme la gastro-entérostomie, soit que cette dernière fût contre-indiquée par l'extension du néoplasme et l'envahissement des faces stomacales. Les chirurgiens se croisaient alors les bras, leur action s'arrêtant à la limite où l'anastomose cessait d'être indiquée et d'offrir des chances de succès. On était réduit à l'alternative suivante ; ou bien leur donner le coup de grâce en les opérant, ou bien les abandonner à leur triste sort. Pour ceux qui ne recherchent que les contre-indications opératoires, la chirurgie est facile. Plutôt que d'assumer une responsabilité, on peut en n'importe quelle circonstance ennuyeuse, trouver un prétexte d'abstention et justifier la méthode expectante, cette négation de la vraie chirurgie, insouciance ou aveu d'impuissance que l'on décore d'un beau nom. Mais heureusement, il est des chirurgiens vraiment dignes de ce nom, qui pensent que les barrières assignées à l'art opératoire sont loin d'être infranchissables, qu'elles doivent être sans cesse reculées, et que partout où existent la douleur et la souffrance, on a le droit et le devoir d'intervenir. C'est ce que permet de faire avec succès l'opération de M. Jaboulay, grâce à sa grande bénignité.

Elle agit aussi en tant que simple laparotomie, pour enrayer plus ou moins la marche envahissante du cancer. Ce rôle est indéniable. M. Jaboulay a inspiré sur ce sujet la thèse de Lascoutz (Lyon 1894) qui a prouvé l'action efficace de la laparotomie dans les cancers viscéraux.

Nous avons en plus de l'unique observation de Hahn (dilatation unidigitale), quinze autres de dilatation

bidigitale du pylore pour des sténoses malignes. Sur ces 16 cancéreux arrivés aux dernières limites de l'épuisement et de la cachexie (M. Jaboulay faisant dans les autres cas une pyloroplastie ou une gastro-entérostomie), il n'y a eu que 2 succès (12,50 %). Dans les deux cas (obs. XVI et XVII) il s'agit de malades épuisés, incapables de supporter aucun shock opératoire si minime qu'il soit, et qui seraient probablement morts quelques jours après si on ne les avait opérés. Ce sont là de ces interventions désespérées qui ne font tort qu'aux statistiques et qui semblent les amoindrir ; mais un chirurgien qui a foi en son art et qui sait reconnaître les devoirs qu'il lui impose, ne peut refuser une chance de survie, réelle et prouvée, si faible soit-elle, à ces malades condamnés à brève échéance.

Tous les autres opérés ont obtenu une amélioration de leur état, ou plutôt la guérison complète des symptômes de sténose pendant un espace de temps qui a varié de 1 à 5 ou 6 mois. La survie a atteint 9 mois chez le premier opéré qui put pendant 5 mois reprendre son métier de cocher avec tous les excès de boissons qu'il comporte. Tous, ils témoignent après l'opération d'un changement complet dans leur état et ils croient voir revenir à eux la vie et la santé, tant la situation qui leur est faite est préférable à l'ancienne. Dans tous les cas on constate les signes de la perméabilité physiologique des voies digestives, établie par la dilatation.

La question des récidives n'a ici aucune importance, la cachexie cancéreuse emportant les malades, la plupart du temps, avant que le progrès même de la tumeur ait pu reproduire une nouvelle sténose. On peut du

reste toujours tenter une seconde dilatation, grâce à l'innocuité de l'opération.

#### OBSERVATION V (Résumée)

Hahn. Berl. Klin. Woch., 21 déc. 1885, p. 846.

Dans un cas de cancer pylorique où les adhérences étaient trop étendues et les ganglions lymphatiques trop malades, pour que la résection du pylore fût possible, Hahn dilata le pylore à travers la paroi stomacale invaginée. La malade en tira grand profit pendant plusieurs semaines, puis cette guérison momentanée fit place aux anciens accidents, auxquels elle succomba.

#### OBSERVATION VI (Résumée)

In Thèse Lascoutz, Lyon 1894 (Jaboulay)

Homme de 50 ans, cocher, entre à l'Hôtel-Dieu en juin 1893. Très affaibli et amaigri, il ne peut plus se nourrir et vomit constamment. Rien ne passe. On sent au palper une masse assez bien circonscrite qui fait penser à un cancer du pylore.

M. Jaboulay l'opère quelques jours après et trouve, après incision médiane, l'estomac caché par une masse énorme formée d'adhérences entre le hile du foie, la petite courbure et le colon transverse. On ne put songer à les détruire et, après une dilatation bidigitale du pylore, on referma l'abdomen, après avoir vérifié le diagnostic posé.

Le soir même le malade put prendre du lait ; le surlendemain, au grand étonnement de tous, il avalait un beefsteak et demandait à sortir de l'hôpital aussitôt la cicatrice guérie. Pendant 5 à 6 mois il reprit son ancien métier, buvant et mangeant comme par le passé, jusqu'à ce que l'affection maligne ayant suivi son cours, il revint à l'Hôtel-Dieu, le 2 no-

vembre 1893. La tumeur était énorme, le malade mourut de cachexie cancéreuse le 2 mars 1894. On trouve à l'autopsie une ascite considérable, un foie énorme pesant 4 kgs dont le lobe gauche est adhérent à la paroi thoracique en avant, au diaphragme en arrière, et au colon transverse en bas. Il est très dur et présente plusieurs nodules cancéreux variant de grosseur jusqu'au volume d'une noisette. Le grand épiploon remonte jusqu'au foie et y adhère. Un nodule cancéreux au niveau du pylore. Quelques ganglions le long de la petite courbure.

#### OBSERVATION VII

Jaboulay et Briau, Lyon Médical, 25 octobre 1896.

Vieillard de 65 ans, qui subitement sans antécédent d'aucune sorte, se prit à maigrir et à perdre ses forces. Les troubles digestifs habituels survinrent ; il y eut des hématemèses et méléna : enfin l'affection marcha assez vite, pour que, le 30 août 1893, (trois mois après son début) l'alimentation fut devenue impossible et les douleurs épigastriques intolérables. Des vomissements très pénibles suivaient la moindre absorption. Tumeur épigastrique irrégulière et volumineuse ; ascite notable. La laparotomie donne issue à une assez grande quantité de liquide ascitique un peu louche. La tumeur siège vers la petite courbure et se prolonge de manière à enserrer le pylore. Celui-ci est reconnu encore perméable et est dilaté bidigitalement. Enormes ganglions mésentériques. A la suite on vit cesser les vomissements et les douleurs. Le malade put absorber du lait et des potages ; mais son état général continua à empirer ; l'ascite se reproduisit rapidement, provoquant au niveau de la suture des parois un écoulement incessant qui la fit sauter en partie. Survie de 20 jours.

OBSERVATION VIII (Résumée)

Jaboulay et Briau (id.) et in thèse Petouraud, Lyon, 1895

G... Victor, 61 ans, forgeron, un peu d'éthylisme. Début de l'affection, il y a dix-huit mois, par des troubles dyspeptiques. Depuis six semaines, apparition de vomissements abondants, alimentaires et muqueux, fétides et acides se produisant environ deux heures après le repas. Jamais d'hématémèse, ni de méléna. On sent au palper, dans le creux épigastrique, une tumeur elliptique à grand axe vertical, de 7 à 8 centimètres de hauteur. Estomac dilaté descendant au-dessous de l'ombilic. Etat général mauvais, teinte jaune paille. Le 2 février 1895, laparotomie pratiquée par M. Jaboulay. On tombe sur un gros néoplasme occupant l'antrum et l'anneau pyloriques. La perméabilité du pylore est constatée et largement augmentée par une dilatation bidigitale.

Depuis ce jour le malade se trouve mieux, ne vomit plus, prend et garde le lait et quelques aliments légers. Il quitte le service le 14 février 1895, notablement amélioré. Le malade revu le 9 mai, ne souffre pas à jeun ni dans le décubitus horizontal. L'état général est relativement bon. La douleur épigastrique est réveillée par l'ingestion des aliments solides qui provoquent des vomissements. Les aliments liquides sont bien tolérés. La tumeur épigastrique a augmenté de volume.

OBSERVATION IX (Résumée)

Linossier, Lyon Médical, 9 janvier 1898

Homme de 40 ans, cultivateur. Il y a deux ans, il éprouve pendant deux jours de violentes douleurs gastriques et vomit deux litres de sang environ. Devenu, à la suite de cela, très faible pendant un mois, il reprend son travail et sa santé reste bonne jusqu'en juillet 1895. Il commence alors à souffrir et à vomir soit immédiatement, soit quelques heures après

les repas. Bientôt, asthénie et amaigrissement. L'appétit est conservé. A son entrée à l'hôpital en décembre 1895, on constate une tumeur épigastrique dure et volumineuse et tous les signes de sténose pylorique, notamment du péristaltisme.

Opération le 12 décembre. M. Jaboulay trouve l'épiploon enflammé et renfermant quelques ganglions cancéreux. L'estomac est soudé par sa petite courbure à la vésicule biliaire et à la face inférieure du foie ; l'adhérence est fortement tirillée par le poids de l'organe. Une grosse tumeur semble partir du pylore et s'étend sur la face postérieure de l'estomac. Dilatation bidigitale du pylore sténosé.

A la suite, le malade a pendant la journée d'assez abondantes hématomèses. Le 10 janvier 1896, il a bon appétit, mange bien, ne vomit plus n'a plus de clapotage le matin à jeun et son état général se relève notablement. Dans le milieu de février, réapparition des vomissements, de l'œdème, de la diarrhée. La tumeur grossit et devient douloureuse. Le 10 mars, le malade meurt absolument cachectique.

A l'autopsie on trouve un énorme cancer en nappe, occupant la paroi postérieure, la petite courbure et la face antérieure de l'estomac ; la grande courbure seule est respectée : les orifices ne sont pas envahis par le néoplasme et le pylore a conservé son calibre normal ; la petite courbure est adhérente à la face inférieure du foie et à la face antérieure du colon transverse. Quelques noyaux de généralisation dans la plèvre droite.

Les phénomènes de sténose étaient donc dus à un spasme pylorique permanent, que fit cesser la dilatation.

#### OBSERVATION X (Inédite)

Service de M. Jaboulay

E. B. ménagère, 66 ans, entre dans le service de M. H. Mollière. On constate dans l'abdomen une tumeur paraissant

se rattacher au pylore. Sténose du pylore accentuée avec ses signes habituels : dilatation de l'estomac, péristaltisme, stase alimentaire, vomissements incessants, intolérance stomacale. On la fait passer en chirurgie dans le service de M. Jaboulay qui l'opère le 2 octobre 1897. Dilatation bidigitale du pylore. On constate une grosse tumeur appendue à la paroi antérieure du pylore. Nombreux ganglions cancéreux. Pas de généralisation viscérale. Foie intact. Les aliments liquides sont tolérés le lendemain. Dès le surlendemain, la malade prend, garde et digère des aliments solides et quelques jours après elle vit du régime ordinaire de la salle. Le cours des matières est rétabli, plus de constipation. Disparition des douleurs stomacales. Cicatrisation rapide. Cette amélioration, ou plutôt cette guérison se maintient. Seulement la malade atteinte de démence sénile est transférée aux salles d'isolement où elle meurt de cachexie cancéreuse le 3 février 1898. Elle a pu presque jusqu'à la fin manger avec appétit les alibiles ordinaires de l'hôpital. Son amélioration au point de vue gastrique a donc duré quatre mois entiers. Pas d'autopsie.

#### OBSERVATION XI (Inédite)

Service de M. Jaboulay

Anne V..., 58 ans, souffre de l'estomac depuis quinze ans, quelques heures après les repas. Depuis un an environ, les troubles digestifs se sont aggravés. Les vomissements, d'abord peu fréquents et amenant un soulagement, sont devenus quotidiens et très abondants. Jamais d'hématémèse ni de méléna. Depuis juillet dernier, anorexie, perte des forces, grand amaigrissement. Actuellement, 16 novembre 1897, teinte jaune paille et cachexie marquées. La palpation de l'abdomen révèle une tumeur, très dure, indépendante de la paroi, semblant correspondre au pylore. L'estomac très dilaté, distendu par des liquides et des gaz, présente du clapotage et une sen-

sation de flot allant d'un bord à l'autre. A la moindre excitation, contractions péristaltiques qui dessinent nettement les limites de l'estomac. La grande courbure dépasse l'ombilic d'un grand travers de main. Jusqu'à trois ou quatre vomissements par jour de matières alimentaires non digérées. Urine rare, sans sucre ni albumine, soif vive.

Le 17 novembre M. Jaboulay pratique une laparotomie. Outre la tumeur pylorique, l'estomac présente à sa surface des granulations carcinomateuses. Toute autre opération étant contre-indiquée, il pratique la dilatation bidigitale du pylore. Suture des parois au fil métallique sur un seul plan.

Le 17 au soir, 38°5. Pouls faible et rapide, langue humide et blanchâtre. Le 20 au soir, la température remonte encore à 38°5 pour s'abaisser définitivement à la normale le lendemain et les jours suivants. Le 21, au matin, amélioration sensible ; la malade s'alimente.

Le 1<sup>er</sup> décembre, la plaie est cicatrisée et on enlève les fils. La malade ne reste que cinq à six jours à se remettre de l'opération, pendant lesquels elle est au régime lacté sans vomissements. Puis elle demande et mange de bon appétit et sans aucun trouble le régime ordinaire de la salle. Elle se déclare très satisfaite de l'opération, au point de se figurer guérie. C'est pour elle un changement complet opéré du jour au lendemain. Cet état persista pendant un mois jusqu'au 20 décembre, à partir de laquelle date elle eut quelques vomissements alimentaires tous les trois ou quatre jours. L'alimentation s'effectuait néanmoins. Finalement la malade fut emportée le 6 janvier par une diarrhée colliquative qui durait depuis trois ou quatre jours, mais sans avoir repassé par les angoisses morales et les douleurs physiques qu'elle avait eues à son entrée à l'hôpital, et sans avoir conscience de son état désespéré.

Autopsie le lendemain. Obstruction complète du pylore : les

doigts ne se rejoignent pas dans l'exploration bidigitale. Grosse masse cancéreuse du volume d'une mandarine en avant du pylore. Généralisation au grand épiploon. Rien au foie. Ganglions cancéreux disséminés un peu partout. A l'ouverture du pylore, on constate qu'il y a à ce niveau une surface ulcérée entourée de végétations molles.

## OBSERVATIONS XII, XIII et XIV

Dans son article du 19 décembre 1897, M. Jaboulay déclare avoir opéré jusqu'à cette date avec succès neuf malades. Nous n'avons pu retrouver ces trois observations qui manquent. Mais la guérison des accidents a duré un mois au minimum.

## OBSERVATION XV (Inédite)

Service de M. Jaboulay

Jean P..., 68 ans, journalier, vomit depuis sept à huit ans après avoir mangé et soulage ainsi ses souffrances. Brûlure et pesanteur au creux épigastrique sans véritable douleur en broche. Jamais d'hématémèse. Amaigrissement depuis deux ou trois ans, bien plus notable depuis un an. Le malade entré dans le service de M. Vinay, il y a un an, pesait alors 55 kgs. Il en est sorti sept à huit mois après ne pesant que 48 kgs. Il n'a pu à la suite reprendre son travail et son état n'a fait que s'aggraver. Hématémèse considérable, il y a trois semaines sous forme de vomissement noir ressemblant à du marc de café. Le malade entre alors dans le service de M. le Professeur Lépine le 8 novembre 1897. Cachexie et anémie marquées. Teinte cireuse de la peau. Asthénie complète. Léger œdème aux malléoles. Constipation, melaena. Douleur épigastrique à la pression. Clapotage, pas de tumeur sensible. Vomissements très acides avec Hcl libre en notable quantité.

Les vomissements continuant et l'état général devenant plus mauvais, on se décide à une opération.

Laparotomie pratiquée par M. Jaboulay le 22 décembre. Le pylore est entouré d'adhérences qui le soudent au foie et au pancréas. Le pancréas forme au devant de l'aorte une masse indurée au niveau de la tête. Dilatation bidigitale du pylore sténosé.

Les jours suivants le malade ne présente pas de fièvre, quoiqu'il tousse et crache abondamment. Il a une selle spontanée cinq jours après l'opération. Il prend environ deux litres de lait par jour et ne les vomit pas. Une semaine après il prend en plus des œufs et quelques aliments légers. Il souffre encore un peu. Il se maintient dans cet état jusqu'à la fin du mois de janvier. A partir de ce moment il baisse de plus en plus, a de temps à autre quelques vomissements et meurt d'épuisement le 18 février.

A l'autopsie on trouve de nombreuses adhérences englobant le pylore. Celui-ci ne laisse pas passer le doigt. Après ouverture de l'estomac on trouve une cicatrice d'ulcère que le pancréas est venu boucher et tout autour une dégénérescence cancéreuse indurée, volumineuse, qui entoure le pylore. Nombreux ganglions cancéreux voisins. Rien au foie.

#### OBSERVATION XVI (Inédite)

Service de M. Jaboulay

Paul V..., 57 ans, corroyeur, présente des troubles digestifs depuis 6 mois seulement. Dégoût pour les matières grasses et pour la viande. Vomissements alimentaires survenant à peu près tous les 8 jours, tantôt quelques heures, tantôt immédiatement après les repas. Depuis 3 mois les vomissements deviennent plus fréquents, puis quotidiens. Ils sont souvent noirâtres, couleur de suie, et contiennent des débris alimentaires. Le malade ne peut plus supporter que le lait (2 litres

par jour). Absence d'Hcl dans les vomissements. Présence d'acide lactique. On donne au malade qui a toujours des hématémèses abondantes et du melaena, des lavements alimentaires. Il entre le 4 janvier dans le service de M. Jaboulay.

Etat général très mauvais, amaigrissement et anémie intenses, teinte jaune paille tirant sur le brun dans certaines parties du corps, facies tiré, sclérotiques grisâtres. C'est un véritable cadavre. Pas d'œdème. Urine rare, sans sucre ni albumine, mais présentant un disque épais d'urates. On note tous les signes d'une sténose pylorique complète, estomac très dilaté descendant à 2 ou 3 cm. au dessous de l'ombilic, avec un péristaltisme bien net, visible à travers la paroi abdominale. On ne sent pas de tumeur nette, mais seulement une certaine résistance dans la région épigastrique qui est douloureuse. A peine arrivé, le malade vomit environ 2 litres d'un liquide couleur de suie.

Opération le lendemain par M. Jaboulay. Anesthésie rapide, sans incident, avec très peu d'éther. Les tissus divisés sont littéralement exsangues. Tumeur cancéreuse au pylore avec de nombreux ganglions suivant les courbures. Dilatation bidigitale facile. Durée de l'opération, 5 minutes.

Après l'opération, léger shock avec respiration agonique et soubresaut du diaphragme. On remonte momentanément le malade avec des injections de caféine. Il agonise doucement et meurt à 5 heures du soir. Pas d'autopsie.

#### OBSERVATION XVII (Inédite)

Service de M. Jaboulay

Pierre C..., 40 ans, eut, il y a 9 ans, des douleurs gastriques violentes, térébrantes, en broche, le traversant du sternum à la colonne vertébrale. Il présentait en même temps une intolérance stomacale complète et quelques hématémèses

de gravité inquiétante ; en somme tous les symptômes d'un ulcère rond qui guérit rapidement. Depuis un an, le malade recommence à souffrir et à vomir après l'ingestion des aliments. Cet état s'accroît et il y a 3 mois, M. le Dr Ricateau appelé auprès de lui constate tous les signes d'une sténose pylorique avancée. Il se décide à se faire opérer et vient à Lyon, avec une intolérance gastrique absolue, même pour le lait et le champagne, et dans un état d'amaigrissement et de faiblesse tels, que le médecin se demande s'il pourra supporter le voyage.

Il entre dans le service de M. Jaboulay, qui l'opère séance tenante. On tombe sur une induration cancéreuse annulaire du pylore peu volumineuse, libre, sans adhérences ; nombreux ganglions cancéreux juxta-pyloriques. Pas d'autre généralisation. Rien au foie. On fait une dilatation bidigitale du pylore qui s'accomplit sans incident.

Le lendemain, le malade est faible, sa voix est cassée, ses traits sont tirés ; il n'a pas de fièvre et a de nombreux vomissements biliaires jaunes ou verts. Cet état s'accroît. Respiration superficielle, rare et plaintive. Spasmes cloniques dans les muscles de la face. Les vomissements persistent. Lave-ments alimentaires. Le malade meurt dans le collapsus le 10 février, 10 jours après l'opération.

#### OBSERVATION XVIII (Inédite)

Service de M. Jaboulay

François C..., 63 ans, garde-champêtre, souffre de l'estomac depuis un an et demi. Régurgitations, puis vomissements alimentaires et glaireux. Jamais d'hématémèse. Les vomissements ont diminué de fréquence, mais sont devenus plus abondants. Le malade a bon appétit tant que son estomac est vide. Urines rares, constipation opiniâtre, amaigrissement intense, yeux excavés. Estomac dilaté, clapotant et

ondulant. On sent dans la région pylorique une tumeur fixe du volume d'un œuf de poule.

Le 26 mars 1898, laparotomie médiane par M. Jaboulay. Sang rosé et fluide. Le pylore mis à jour se montre envahi par une tumeur cancéreuse empiétant surtout sur sa partie postérieure et inférieure, et du côté de l'estomac. En avant du pylore part une bride fibreuse venant du ligament suspenseur du foie et reliant le pylore étroitement et au foie et à l'ombilic. Estomac très dilaté. Pas de généralisation cancéreuse évidente. Rétrécissement serré du pylore. On pratique d'abord une dilatation bidigitale lente et graduelle, puis on décortique l'adhérence qui est très résistante. Cette dernière opération produit une petite ouverture en clapet de la face antérieure du pylore qui oblige l'opérateur à terminer par une pyloroplastie. On ouvre largement le pylore dans son sens longitudinal et on suture transversalement. Par dessus, sutures multiples de Lembert. On laisse dans l'abdomen deux tampons de gaze aseptique. Durée 25 minutes. L'anesthésie à l'éther a amené une sécrétion bronchique intense et on a été contraint de pincer la langue.

Deux jours après le malade ne souffre plus. La température qui avait monté à 38° et 38°,5 est redescendue à la normale. Les bronches sont encore un peu obstruées. Le malade se sent bien et se déclare guéri. Il prend de l'eau par petites gorgées. 4 jours, après deux selles abondantes. Il prend et supporte du lait, du champagne, des potages. 8 jours après, le malade mange à peu près le régime commun de la salle. Au bout de 15 jours on enlève les tampons laissés dans le péritoine et qu'on avait retiré petit à petit à chaque pansement. Le malade augmente de poids et part, se déclarant complètement guéri. 2 mois après il revient se faire faire un pansement pour un léger suintement séreux provenant de sa cicatrice. Il a engraisé, mange et boit comme à 20 ans (sic)

et a repris son poste de garde-champêtre. Il n'a pas eu depuis son opération la moindre indisposition.

### OBSERVATION XIX (Inédite)

Service de M. Jaboulay

Joséphine C..., 35 ans, couturière, souffre de l'estomac depuis un an. Après l'ingestion des aliments, il survient de la pesanteur, puis des vomissements venant presque sans effort et contenant des matières non digérées. Le lait est rendu en caillots. Jamais de vomissements sanglants, ni marc de café. La malade perd rapidement 14 kilogs et se cachectise. Constipation opiniâtre et soif inextinguible. traitée d'abord pour un fibrome utérin, puis pour une dilatation de l'estomac, elle entre dans le service de M. Jaboulay. Estomac dilaté, clapotant, se contractant sous les excitations. On sent dans l'hypocondre gauche une grosse tumeur qui recouvre l'estomac et semble appartenir au foie. Rien à la grande courbure de l'estomac.

Laparotomie le 23 avril par M. Jaboulay. On reconnaît un gros cancer de la partie postérieure du pylore avec noyaux de généralisation au foie multiples et volumineux. Rétrécissement peu serré du pylore dont on pratique facilement la dilatation.

Un peu de fièvre post-opératoire (température oscillant autour de 38°). La malade se sent bien et ne souffre pas. Elle boit beaucoup et peut calmer sa soif, ce qu'elle ne pouvait faire avant l'opération. Le 27, elle a des vomissements noirâtres qui coïncident avec une température de 39° qui ne dure qu'un jour. Le 30, elle prend l'alimentation ordinaire, ayant toujours quelques vomissements mais beaucoup moins fréquents qu'autrefois et se produisant sans nausées et sans phénomène douloureux. Elle a des selles spontanées. En somme les signes physiques de l'obstruction pylorique ont

disparu et la malade éprouve de ce chef un soulagement notable. En mai, la cachexie cancéreuse va croissant. Le péritoine est envahi. Les noyaux de généralisation augmentent de jour en jour et descendent presque dans les fosses iliaques. Dyspnée toxique et accès d'oppression ; amaigrissement et affaiblissement extrêmes. La malade peut à peine s'asseoir sur son lit. Il y a une antithèse frappante entre cet état cachectique ultime et le fonctionnement relativement indemne du tube digestif. Cet état se prolonge jusqu'à la mort de la malade le 12 juin. Pas d'autopsie.

#### OBSERVATION XX (Inédite)

Service de M. Jaboulay

Marie D..., 44 ans. Depuis 4 ans, perte de l'appétit, dégoût de la viande et des aliments gras, digestions lentes, pénibles avec renvois et régurgitations acides. Depuis 2 ans la malade vomit 6 ou 7 heures après le repas un liquide noirâtre, d'odeur fétide et aigre, acide, agaçant les dents, demandant de violents efforts d'expulsion ; douleurs vives dans la région épigastrique avec irradiations multiples. Depuis un mois, la malade ne prend que du lait en petite quantité, le vomissant presque toujours peu de temps après l'ingestion. Elle a beaucoup maigri. Cachexie actuelle très marquée, teinte jaune paille, constipation. A l'examen on sent transversalement étendue au dessus de l'ombilic une masse oblongue, d'un travers de main de longueur, large de 2 travers de doigt, douloureuse au toucher et mobilisable, semblant être juxta-pylorique. Au dessous de la masse précédente, diverses indurations disséminées. Petits ganglions dans les aines, rien dans les aisselles ni dans les régions sus-claviculaires.

Opération, le 21 juillet 1898.

On trouve une masse pylorique volumineuse avec adhérences et généralisations au péritoine. Tous les ganglions de

l'abdomen sont plus ou moins envahis et forment de gros paquets. Sténose pylorique presque complète que l'on dilate par le procédé habituel.

2 jours après la malade prend et garde sans souffrir du lait, du bouillon, du champagne, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. 8 jours après l'opération elle mangeait avec appétit le régime ordinaire de la salle. Elle resta pendant 1 mois 1/2 à l'hôpital sans qu'aucun trouble, aucune douleur ne survint. Elle allait régulièrement à la selle même sans lavement. Rentrée chez elle, elle y mourut doucement de cachexie cancéreuse sans avoir vu revenir les symptômes d'obstruction pylorique, et ayant mangé jusqu'à la fin sans ressentir de douleurs. Pas d'autopsie.

### **De la dilatation bidigitale dans les sténoses de l'intestin**

La méthode de M. Jaboulay est absolument générale. En effet, partout où on trouvera une sténose du tube digestif, accessible aux doigts, point trop serrée, avec deux parois invaginables de chaque côté, on pourra pratiquer la dilatation bidigitale.

Nous n'avons à l'appui de cette assertion que deux exemples opératoires. L'un a déjà été cité dans l'observation III où, à côté d'une entéro-anastomose pour une sténose jéjunale d'origine tuberculeuse, trop serrée pour qu'on puisse la dilater, on fit, en même temps qu'une dilatation bidigitale du pylore, rétréci par une cicatrice d'ulcère, une opération semblable en un autre point de l'intestin grêle où la sténose, de même nature que la première, était cependant moins étroite.

Le deuxième exemple a trait à une sténose cancéreuse de l'orifice iléo-cœcal. Les sténoses cicatricielles

de cet orifice sont presque inconnues. On n'a guère observé que l'intussusception de la dernière partie de l'iléon dans le cœcum. Cependant les rétrécissements cancéreux ou tuberculeux sont assez fréquents. Les cas où l'on a opéré sont rares. On faisait une résection de la partie malade, rarement une anastomose iléo-cœcale, ou bien l'on se contentait de laisser mourir les malades d'obstruction intestinale lente, d'inanition et de cachexie, au milieu de crises épouvantables de coliques abdominales.

Nous avons cependant pu trouver une observation, unique en son genre, du chirurgien américain Barton, qui, pour une sténose qui lui parut être cicatricielle, fit une opération analogue à celle de Loreta pour la sténose pylorique, c'est-à-dire la divulsion digitale de l'orifice iléo-cœcal après incision du cœcum. La malade fut complètement soulagée pendant quelques mois. La récurrence ayant eu lieu sous la forme d'un cancer, Barton fit une résection de la partie malade, aboucha à la peau les deux extrémités de l'intestin, et rétablit ensuite le cours des matières avec l'entérotome de Dupuytren. Sa malade guérit.

Le cas de M. Jaboulay est une sténose cancéreuse arrivée à un degré ultime de dépérissement et de cachexie, qui obtint à deux reprises une guérison temporaire grâce à une dilatation bidigitale de sa valvule iléo-cœcale.

Nous retrouvons dans ces deux cas les mêmes résultats que ceux obtenus dans les sténoses pyloriques (bénignité absolue et rapidité de l'intervention, absence d'adhérences ultérieures, et soulagement de tous les

symptômes inhérents à la sténose par suite de la réouverture de la voie intestinale).

OBSERVATION XXI (Inédite)

Service de M. Jaboulay

Marie B., 45 ans, boulangère, 9 enfants. Pendant sa dernière grossesse, elle commence à souffrir de l'estomac. Puis en avril 1897 surviennent brusquement de violentes coliques généralisées à tout l'abdomen, accompagnées de diarrhée et de perte de l'appétit, qui durent deux à trois jours. Succession de diverses crises semblables. En mai l'état s'aggrave ; les coliques sont plus fortes et suivies de vomissements abondants d'abord alimentaires puis bileux, jamais fécaloïdes. Inappétence, alternatives de constipation et de diarrhée. La malade garde le lit. En septembre un médecin reconnaît l'existence d'une affection du cœur. En janvier la malade ayant perdu une vingtaine de Kgs entre dans le service de M. le Professeur Renaut, où l'on constate du météorisme abdominal, du péristaltisme stomacal et intestinal se dessinant sur la paroi, la présence d'une masse arrondie située dans la fosse iliaque droite et arrivant jusque sur la ligne médiane, des ganglions inguinaux et sus-claviculaires du côté droit, un estomac dilaté clapotant et ne présentant rien au pylore, enfin de la rareté de l'urine. On l'envoie chez M. Jaboulay, qui, le 1<sup>er</sup> février, fait une laparotomie. Le cœcum attiré au dehors forme une masse dure, néoplasique. Inversion de l'iléon dans le cœcum. Nombreux ganglions mésentériques carcinomateux. Sténose de l'orifice iléo-cœcal, qui est dilatée bidigitale.

La malade qui n'avait pas eu de selle depuis six jours, en a une spontanée et ne présentant rien d'anormal le surlendemain de l'opération. Elle mange avec appétit ne souffre plus et se croit guérie. Mouvements de l'intestin. Le 11, œdème de

la jambe gauche du probablement à une thrombose cachectique.

La malade se plaignant depuis deux jours du retour des mêmes symptômes, quoique atténués, on fait le 21 février une deuxième laparotomie. La suture d'ensemble de la paroi faite il y a trois semaines est très résistante et solide. La tumeur a augmenté de volume ; elle atteint maintenant celui du poing. Il n'est pas survenu d'adhérences. Tout le cœcum est englobé par le carcinome qui cependant est bien limité. Trainées lymphangitiques et carcinose péritonéale ganglionnaire. La valvule de Bauhin, encore un peu perméable, laisse passer les liquides et les gaz. L'état de la malade ne permettant aucune autre intervention, on fait une deuxième dilatation bidigitale, lente et progressive. L'opérée quitte l'hôpital trois jours après, grandement soulagée, mais avec un mauvais état général et une cachexie avancée. Elle succombe chez elle, le 10 mars, à une pneumonie droite. Pas d'autopsie.

## CONCLUSIONS

Notre travail repose sur un nombre considérable d'observations 4 (§ I), 65 (§ II), 19 (§ III), 2 (§ IV) en tout 90, et sur des résultats expérimentaux, dont nous n'avons fait que tirer les déductions logiques.

I. La dilatation ou le calibrage du pylore après gastrotomie avec alimentation duodénale doivent être rejetés, comme leurs opérations sœurs, la duodénostomie et la jéjunostomie, étant condamnés et par la pratique et par la théorie.

II. L'opération de Loreta (dilatation digitale ou instrumentale des sténoses non cancéreuses du pylore après gastrotomie) a donné une bonne proportion (72,3 0/0) de succès permanents et durables avec une mortalité relativement peu élevée (21,4 0/0) bien inférieure à celle de la pylorectomie, peu supérieure ou égale à celle de la gastro-entérostomie. Les récidives ont été très rares (6,1 0/0).

III. L'opération de M. Jaboulay (dilatation bidigitale du pylore par double invagination) réunit tous les avantages de l'opération de Loreta sans avoir certains

de ses inconvénients, notamment l'ouverture du viscére. Elle est extrêmement rapide (6 à 10 minutes), très facile, et d'une bénignité presque absolue. Elle ne laisse après elle aucune adhérence et peut toujours être employée comme opération palliative initiale permettant de remonter un malade affaibli. Enfin, seule de toutes les opérations sur l'estomac, elle permet l'alimentation immédiate ou presque immédiate.

On doit donc faire dans tous les cas de sténose l'exploration bidigitale du pylore par double invagination, comme simple moyen d'investigation, puis la dilatation, si l'on sent qu'elle est facilement exécutable. On peut ainsi obtenir une guérison complète et permanente dans tous les cas semblables de sténoses non malignes. Si le rétrécissement est très serré et très résistant, il vaut mieux s'abstenir et recourir à la gastro-entérostomie. Dans les cas de sténose cancéreuse, c'est souvent, lorsque le malade est très affaibli, la seule opération possible. Elle permet alors de soulager pour un temps et en général jusqu'à la mort du malade les symptômes de sténose, tout en ayant, comme toute laparotomie, une influence retardante sur la marche de la tumeur.

IV. On peut l'ériger en méthode générale de la chirurgie abdominale et l'employer par exemple, avec le même succès et les mêmes avantages, dans les rétrécissements de l'intestin et de la valvule iléo-cœcale.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ANGELO MAUGERI. — Sulla resezione dello stomaco.  
BARTON (J.-M.) — Journ. of. Americ Med. Assoc., Chicago, mai 1888, p. 547 et Med. News, 25 mai 1889.  
BERNAYS. — Annals of Surgery, déc. 1887, p. 489.  
BERTOYE. — Lyon Méd., mai 1886, p. 77.  
BOND (C.-J.) — Brit. Med. Journ., 14 déc. 1889, p. 1323.  
BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac, Lyon.  
BRIGATTI. — Bull. de sc. Med., Bologne, 1885, vol. XVI, p. 137.  
BRICHETTI. — Gaz. d'Ospital, 25-déc. 1887.  
BULL et KINNICUT. — Med. Record, N.-Y., 8 juin 1889.  
CAPORALI et PANZERI. — Bull. de Polambul. Milano, 1889, II, p. 33.  
CASATI. — Raccoglitore medico, 1883, p. 83.  
CHECHERELLI. — Medicina contemporanea, janv. 1888.  
CODIVILLA (A.) — Gaz. d'Ospital, 1888, p. 594 et id., p. 618.  
CUTLER et RICHARDSON. — Boston M. and S. Journ., 1890, p. 581.  
DOYEN. — Traitement chirurgical de l'estomac.  
DUPUY. — Archives de Méd., déc. 1895.  
GARDNER (W.) — Brit. Med. Journ., 14 déc. 1889, p. 1323.  
GUINARD. — Arch. de Méd., mai 1892 et Bull. Méd. 22 nov. 1891.  
HAGYARD (R.) — Brit. Med. Journ., 19 fév. 1887, p. 386.  
HAHN. — Deut. M. Woch., 1883, p. 319. et 1885, p. 846.  
HARRIS. — Med. News, 21 avril 1883, p. 434.  
HATCH. — Lancet, 23 oct. 1897, p. 1047.  
Hohnes. — Brit. Med. Journ., fév. 1895, p. 372.

- HUNTINGTON. — Occidental Med Times, Sacramento, 1889, III, p. 474.
- JABOULAY. — Lyon Méd. 1894, 25 oct. 1896 et 19 déc. 1897.
- KEETLEY. — Lancet, 11 déc 1897, p. 1536.
- LASCOUTZ. — Thèse, Lyon 1894.
- LORETA. — Mémoire Acad. sc. Bologne 1884 et 1887. (Trad. in Arch. gén. de Méd. 1885, II, p. 319). Gaz. Ospit. 1887, p. 803. Riforma Médica, 9 nov. 1886.
- LINOSSIER. — Lyon Méd., 2 janvier 1898.
- MAC BURNEY. — Annals of Surgery, 1886, I, p. 372.
- MARTEN. — Lancet, 2 août 1890, p. 231.
- O'HARA. — Australian Med. Journ., p. 615.
- PAUL (F.-T.) — Brit. Med. Journ., 4 juin 1898. p. 1437.
- PEDRAZZOLI. — Lancet, 1883, II, p. 213.
- PERCIVAL. — Brit. Med. Journ., 8 juill. 1893, p. 65.
- PODRES. — Centralbl. für Chirg., n° 15, 1895.
- POGGI. — Mem. Acad. sc. di Bologna, 1886-1888, VIII, p. 253.
- POSTEMPSKI. — Bull. Acad. Med., Rome, 1889-1890, XVI, p. 151.
- RICHTER. — Deutsch. Med. Woch., 1883, p. 319.
- ROBERTSON (J.) — Brit. Méd. Journ., fév. 1885, p. 376.
- SWAIN (P.) — Lancet, 9 janv. 1892, p. 87.
- TREVES. — Brit. Med. Journ., mai 1889, p. 1105.
- TAYLOR. — Lancet, 2 mai 1891, p. 983, et id., 13 nov. 1897, p. 1327.
- WHITE et LANE. — Brit. Med. Journ., 21 fév. 1891, p. 409.

*Vu :*

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
POLLOSSON (M.)

*Vu :*

LE DOYEN,  
LORTET.

*Vu et permis d'imprimer :*

LE RECTEUR  
G. COMPAYRÉ.

Lyon, le 10 Janvier 1899.



